

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

N°

THÈSE 413
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Camille AUMASSON

Né le 21 Juin 1905 aux Grands-Chézeaux (Haute-Vienne)

L'IMPALUDATION
CHEZ LES
PARALYTIQUES GÉNÉRALES
ENCEINTES

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

LES ÉDITIONS VEGA

43 Rue Madame 43

PARIS

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Camille AUMASSON

Né le 21 Juin 1905 aux Grands-Chézeaux (Haute-Vienne)

L'IMPALUDATION
CHEZ LES
PARALYTIQUES GÉNÉRALES
ENCEINTES

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA
43 Rue Madame 43
PARIS
1932



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	Maurice VILLARET
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	FIESSINGER.

	BEZANÇON.
	ACHARD.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Clinique médicale	LEREBOULLET.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	LÉON BERNARD.
	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire	MULON.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. .	Neurologie et Psychiatrie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . .	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. .	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT. . . .	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY.	Urologie.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER. . . .	Pathologie chirurgicale.
GIDoud	Histologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.
HOVELACQUE . .	Anatomie.
HUTINEL.	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri). .	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN. . . .	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI . .	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET. .	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER.	Anatomie.
PIÉDELÈVRE . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . . .	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE.	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

GUÉNIOT.	Obstétrique.
LEQUEUX.	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

MM.

RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.
LEROUX.	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	CHEVASSU	} Clinique chirurgicale. (suite)
CHIRAY		HEITZ-BOYER..	
DEBRÉ.		MATHIEU	
DUVOIR		MOCQUOT	
		PROUST	
		SCHWARTZ	} Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER....	
		LEVY-SOLAL ..	
		METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Education physique.
WEIL-HALLÉ.	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE,

En témoignage de ma grande piété filiale et de ma profonde reconnaissance.

A MON FRERE

A MES AMIS :

Le Docteur Georges MARGOUT,

*En souvenir de notre vie commune
d'étudiant.*

Le Docteur André BEYRAND,

*En souvenir de notre internat à la
Maison de Santé de Vanves.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE :

M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE
Professeur d'Histoire de la Médecine
à la Faculté de Paris,
Médecin de l'Hôpital de la Pitié,

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,
et nous donner les conseils les plus appré-
ciés.*

*En témoignage de notre respect et de
notre reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE LIMOGES

A mon Maître le Docteur VIGNAUD,
Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Vanves,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Mon cher Maître,
Pendant plus de deux années, durant
mon internat à votre Maison de Santé,
j'ai pu apprécier vos très grandes quali-
tés de médecin et d'homme. Vous n'avez
jamais cessé de m'entourer de la plus
grande bienveillance; vous m'avez tou-
jours, dans le domaine de la Psychiâtrie,
prodigué les conseils les plus éclairés.*

*Je vous prie de trouver ici l'expression
de ma gratitude et de mon profond res-
pect.*

Au Docteur LECLERCQ,
Médecin-Directeur adjoint de la Maison de Santé,

*Qui a bien voulu m'honorer de son
amitié.*

INTRODUCTION

Après les immortels travaux de Wagner-Jauregg, la malariathérapie est aujourd'hui admise universellement comme mode de traitement de la Paralyse générale.

La chimio-thérapie, intense et bien conduite, s'est montrée, dans de nombreux cas, insuffisante pour arrêter l'évolution d'une neuro-syphilis. Les paralytiques généraux, avant la malariathérapie, étaient condamnés à mourir en quelques années, après avoir rarement bénéficié d'une bien courte rémission.

Depuis que la malariathérapie est appliquée en plus du traitement spécifique, de nombreux P. G. avérés ont pu quitter l'Asile pour reprendre leurs occupations.

Nous avons voulu montrer ici les bons résultats obtenus par la malariathérapie, suivie et complétée par le traitement spécifique, chez les paralytiques générales enceintes : une quinzaine d'Observations en font foi.

Après avoir montré que la malariathérapie, bien que donnant de bons résultats, était insuffisante à elle seule, nous avons décrit les différentes techniques d'impaludation, et les moyens de doser et d'arrêter

les accès palustres. Nous avons insisté à ce sujet sur le bleu de méthylène parce que ce procédé est très peu connu en France.

Qu'il nous soit permis, en terminant cet exposé, de remercier M. Leroy, médecin-chef de l'Asile clinique Sainte-Anne, qui nous a suggéré d'entreprendre ce travail et nous en a tracé les grandes directives. Il nous a communiqué les Observations faites dans son service, et c'est avec une grande bonté qu'il a toujours répondu à nos demandes.

Nous remercions également M. Médakovitch, Chef de laboratoire du Service du Docteur Leroy, qui s'est mis très aimablement à notre disposition pour nous fournir les conseils les plus utiles.

CHAPITRE PREMIER

Fréquence de la gravidité chez les paralytiques générales

La fréquence de la gravidité chez les paralytiques générales s'explique facilement par les idées et les impulsions érotiques du début de la maladie. « Les paralytiques générales conservent un appétit sexuel, quelquefois même exagéré, et ne semblent pas présenter de troubles de la menstruation, même aux approches de la ménopause. Ceci est à opposer à la suppression fréquente des règles dans les cas de psychoses fonctionnelles et tout spécialement dans la psychose maniaque dépressive. » (Leroy, Médakovitch et Masquin, *Paralysie Générale et Gravidité. Traitement malarique de la Paralysie Générale, Annales Médico-Psychologiques*, N° 1, janvier 1931.)

« L'érotisme est fréquent dans les débuts de la P. G. Le trouble grave de la raison chez les malades en apparence encore lucides se trahit alors par un sans-gêne extraordinaire dans la satisfaction des besoins sexuels. » (Krafft Ebing, *Traité clinique de Psychiâtrie*, traduction du Dr Emile Laurent, 5^e édit., p. 671, Paris 1931.)

« L'état d'excitation qui marque la première période de la Paralysie générale est, peut-être de tous,

celui où l'érotisme est le plus marqué. Cet érotisme ne se traduit pas seulement par des idées, mais aussi par des actes. Les malades se livrent à de nombreux excès vénériens. »

Pilcz, dans son travail « Sur l'avenir des enfants venus au monde durant l'évolution d'une maladie mentale de la mère », a trouvé trente-deux femmes paralytiques générales mères de trente-quatre enfants.

Güsstrunk est d'un avis contraire (*Zentralbl. für Gynäkologie*, 1925, N° xxvi, p. 1.436). Les soixante-sept cas qu'il a rassemblés dans la littérature ne peuvent avoir une valeur absolue, car tous les cas de grossesse sont loin d'avoir été publiés.

La rencontre de la gravidité et de la Paralytie générale pose toute une série de questions intéressant les psychiatres et les accoucheurs.

Certains auteurs se sont demandé si l'on est en droit ou si l'on est obligé d'arrêter la gravidité en pareil cas. La question est à envisager à un double point de vue : celui de la mère et celui de l'enfant.

L'avortement supprime l'enfant; mais on ne doit pas oublier qu'une Paralytie générale des parents n'a pas toujours une influence néfaste sur le fruit.

Tout autrement se pose la question quand on envisage le problème de savoir dans quelle mesure une gravidité favorise l'explosion et la progression, chez la mère, d'une méningo-encéphalite.

CHAPITRE II

Influence de la grossesse sur l'évolution de la Maladie de Bayle

La grossesse a une influence désastreuse sur la marche de la méningo-encéphalite.

Déjà en 1857, G. Dubrisay (Paralysie générale survenant pendant la grossesse; influence de l'allaitement, *Ann. médico-psycho.*, 1857, t. II, page 304), avait remarqué cette influence néfaste. Il présente à ce sujet l'Observation suivante :

« Louise M..., 33 ans, passementière. — Cette femme, jusqu'au mois de janvier 1856, n'avait jamais présenté aucun symptôme d'aliénation mentale. Elle est l'aînée de quatre enfants; elle a un frère sain et bien portant, deux sœurs sourdes-muettes.

« Il y a quinze mois, en octobre 1835, elle devint enceinte; c'était sa cinquième grossesse en l'espace de douze ans. Les trois premiers mois se passèrent sans accident. Au commencement du quatrième, elle donna tout à coup des signes d'aliénation; elle faisait des dépenses exagérées et folles, achetait des robes, des bijoux, empruntait de l'argent pour en acheter davantage. Deux fois en quinze jours, elle s'enfuit de chez elle : une première fois on la rat-

trapa dès le lendemain, et une deuxième fois, trois jours après sa disparition. Elle avait marché nuit et jour, s'était couchée dans la boue, avait ses vêtements en lambeaux et tout le corps couvert de contusions.

« A cette époque, au dire de son mari, elle n'aurait encore présenté aucun symptôme physique de paralysie : pas de tremblement des membres supérieurs, aucune vacillation dans la marche, nul embarras dans la parole; elle dormait bien, avait un appétit vorace, plusieurs fois elle mangea de la viande et des légumes crus.

« Ces premiers symptômes durèrent six semaines, puis la malade devint parfaitement calme, et pendant les derniers mois de la grossesse elle passait ses journées dans l'atelier de son mari. Sa raison, toutefois, était encore très faible, et il fallait la surveiller comme un enfant. Un mois avant sa couche, on s'aperçut même qu'elle bégayait.

« L'accouchement eut lieu au terme régulier, dans le courant de juillet 1856. Il fut on ne peut plus facile : il se fit en quelques minutes, sans l'aide d'aucune sage-femme, sans que la malade eût poussé un seul cri. L'enfant était bien conformé et vit encore aujourd'hui; la malade avait beaucoup de lait, elle allaita elle-même son enfant.

« Immédiatement après l'accouchement, on constate chez la femme M... une remarquable amélioration : les idées deviennent très nettes, tout embarras de la parole disparaît; elle s'occupe de son ménage, arrange elle-même son enfant. Ainsi, en fut-il pendant trois mois. A la fin du quatrième mois, au contraire, en l'espace de quinze jours, la sécrétion

du lait diminue, puis s'arrête; la malade est forcée de sevrer, et aussitôt sa raison se trouble de nouveau; la mémoire se perd, l'agitation, le bégaiement repaissent. De nouveaux symptômes se produisent. Louise devient silencieuse et triste, il faut la questionner plusieurs fois, pour obtenir une réponse. Parfois, elle mange assez volontiers, plus souvent elle repousse tout aliment « parce que, dit-elle, elle n'a plus de ventre, elle n'a plus de pieds, plus de bras, plus de tête; elle n'a plus besoin d'aller à la garde-robe ». Cinq jours après avoir sevré, elle devient gâteuse.

« Au moment de son entrée (27 décembre 1856), six semaines après le sevrage, la malade présente tous les caractères d'une démence paralytique très avancée : stupeur de la face, affaiblissement des mains, vacillation de la marche, embarras de la parole, etc... Refus total des aliments.

« Depuis lors, ni les symptômes généraux de la paralysie, ni cette forme spéciale de délire hypochondriaque ne se sont un seul instant arrêtés; ils ont été au contraire en s'aggravant toujours.

« Aujourd'hui, la malade ne marche plus seule et peut à peine se tenir sur ses jambes; assise, elle se courbe et s'affaisse sur elle-même. Elle a la figure entièrement amaigrie et ne reconnaît plus personne, ne fait pas la moindre attention aux questions qu'on lui adresse et prononce à peine quelques mots incohérents et sans suite.

« Ainsi, depuis l'époque du sevrage, tels ont été les progrès de la maladie, qu'en l'espace de deux mois cette femme a été transportée à une période que n'atteignent pas parfois des paralytiques après trois ou

quatre ans de maladie, et que sa mort est assurément très prochaine. »

Anglade et Jaquin (*Mémoires de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1908, pp. 386 et 437) ont présenté une Observation où l'on voit une P. G. véritablement révélée par la puerpéralité.

Il s'agissait d'une femme de 22 ans qui, après une première grossesse normale, avait eu, deux ans plus tard, une grossesse avec albuminurie. Elle avait accouché à terme d'un enfant mort-né et, deux jours après, une attaque d'éclampsie, compliquée de troubles mentaux, la faisait interner.

Chez cette femme jusqu'à ce jour indemne au point de vue mental, le diagnostic de P. G. apparaissait aux auteurs comme l'évidence même. L'albuminose, la lymphocytose le confirmaient. Un peu plus tard, les vérifications anatomo-pathologiques le rendaient indiscutables. Seule manquait la réaction de Bordet-Wassermann.

Henri Colin et Gilbert Robin (Paralysie générale à invasion foudroyante et puerpéralité, *Ann. Médico-Psychologiques*, 1923, tome I, p. 463) présentent un cas où l'étiologie syphilitique n'est pas douteuse.

L'intérêt de cette Observation réside surtout dans le mode d'apparition de la maladie et dans son invasion véritablement foudroyante :

« Berthe P., modiste, âgée de 35 ans, entre à Sainte-Anne, le 7 avril 1923, avec le diagnostic suivant : « Psychose puerpérale, état confusionnel, désorientation, propos inappropriés et du reste rares. Indifférence. Passivité et inertie mentale. Elle répond : « Je ne sais pas » à la plupart des questions,

sans se donner la peine de l'effort de recherche que nécessiterait la réponse. Cette situation évolue sans fièvre et avec un bon état général », etc...

« La malade accueille toutes les éventualités avec indifférence, ne fournit aucun renseignement sur sa famille. Elle a oublié la date de l'accouchement, le sexe de l'enfant. Feint-on de lui apprendre la mort de son enfant, de son mari, elle ne bronche pas, sourit béatement. Aucun délire de quelque nature qu'il soit, mais sa docilité lui fait accepter la suggestion d'idées absurdes de richesse. Elle va gagner énormément d'argent, son mari aussi. Les troubles de la mémoire paraissent profonds. Aucune évocation correcte n'est possible. La fixation subit de grandes lacunes. La malade ne sait ni d'où elle vient, ni dans quelles conditions elle a été internée.

« Nous nous trouvons donc là en présence d'un état mental qui, en l'absence de tous renseignements, nous fait penser à la Paralyse générale.

« Au point de vue physique, il existe une légère dysarthrie aux mots d'épreuve.

Les pupilles sont inégales, le contour de la pupille droite est festonné. Les réactions iriennes à la lumière sont irrégulières et parfois inverses. Instabilité de la langue. Tremblement des doigts. Les réflexes rotuliens sont exagérés. La malade est gâteuse. Elle urine debout, dans la salle.

Ponction lombaire. — Lymphocytose abondante. Albumine : 0,5.

BW +. Réaction de Guillain +.

Urée dans le *Sang* : 0,35.

Urines : légère urobilinurie.

Temp. normale. — Pas d'infection puerpérale actuelle.

« Le diagnostic de P. G. ne paraît pas douteux. Ce sont les conditions d'apparition de la méningo-encéphalite qui rendent cette Observation digne d'intérêt.

« Le mari nous a fourni des renseignements sur les antécédents de la femme. La malade a eu deux fausses couches : l'une il y a trois ans, l'autre il y a un an. Une grossesse évolue normalement, sans aucune bizarrerie du caractère. L'accouchement s'opère sans aucune complication, le 12 janvier 1923, à la clinique du D^r Thierry, à Rouen. Pas d'hyperthermie. Une fille, pesant six livres à la naissance, n'a cessé depuis l'accouchement d'avoir un développement normal. On nous affirme qu'elle ne présente aucune particularité pathologique. La mère paraissait adorer son enfant. Son état psychique n'avait en aucune manière attiré l'attention du médecin et du personnel hospitalier, quand, treize jours après l'accouchement, la malade sortit de la clinique sous le prétexte d'un achat quelconque, ne rentra pas et fut recueillie, trente-six heures plus tard, à une distance de 30 kilomètres. Elle put donner son identité, ce qui permit de la ramener à sa famille. Depuis cette fugue, elle est somnolente, ne montrant aucun goût pour rien. Elle n'a aucun souvenir de la fugue. Elle oublie pendant la promenade le nom de la personne de sa famille qui l'accompagne. Elle s'égare dans son quartier, continue à allaiter sa fille quand on la lui présente, sans lui témoigner aucun attachement et sans la réclamer jamais. Elle mange gloutonnement et le gâtisme a été permanent depuis la fugue. »

Il ne peut évidemment pas être question ici de psychose puerpérale. Il faudrait, pour qu'on puisse en parler, qu'un syndrome clinique identique ne se soit accompagné d'aucun signe humoral. A aucun moment il n'y eut infection puerpérale, la malade n'a jamais eu de fièvre. Nous l'avons dit : l'urée sanguine est de 0,35. Du reste, l'état confusionnel lié à l'affaiblissement intellectuel n'a pas les caractères de la confusion mentale toxico-infectieuse et principalement puerpérale : abattement, somnolence, apathie, stupeur, délire hallucinatoire de nature onirique, signes généraux.

La clinique nous montre, en général, une évolution « progressive » de la maladie. La période préparalytique d'incubation et d'invasion, la période de début, sont décrites dans tous les traités. Ici, la Paralytie générale a brûlé les étapes, ou plutôt elle a passé brusquement d'une période d'incubation fort discrète, puisque personne n'y prit garde, à la période d'état. Du jour au lendemain, cette femme, qui n'avait pas, au point de vue psychique, attiré l'attention des médecins, présenta tous les signes de la Paralytie générale, tels que nous les constatons aujourd'hui. La maladie eut un début inaccoutumé, puisque l'invasion fut brusque, foudroyante, l'affection semblant s'être cliniquement révélée en quelques heures. La puerpéralité a agi comme un véritable traumatisme.

D'autres auteurs ont également signalé l'influence pernicieuse de la gravidité : Schmidt, Rosni de Cosme (*Gazette des Hôpitaux*, 1895, N° 57). Bruas (La grossesse dans les psychoses et en particulier dans la Paralytie générale, *Thèse*, Bordeaux, 1902) se montre moins pessimiste. Il donne quatre Obser-

ventions dans lesquelles « la grossesse avait amené une véritable rémission ». Mais les malades n'ont pas été suivies après l'accouchement. L'auteur relate d'autres Observations où la grossesse a eu l'influence la plus fâcheuse sur la méningo-encéphalie.

CHAPITRE III

Insuffisance du traitement spécifique simple pour améliorer l'état clinique et biologique de la mère et préserver l'enfant d'une hérédo-syphilis grave.

R. Leroy et G. Medakovitch, dans leur livre « Paralyse générale et Malariathérapie » (pp. 108 et suivantes), ont montré l'insuffisance du traitement spécifique simple pour éviter l'évolution de la Paralyse générale, même chez des syphilitiques bien traités.

Cinq Observations en font foi. Nous ne citerons que les deux premières.

« Paul Brum... contracte la syphilis en 1906. Quelques semaines après, on lui fait prendre trois pilules de proto-iodure par jour, pendant trois mois. Puis traitement par plusieurs séries de piqûres.

En 1927 et 1928, plusieurs séries de Novarsénobenzol.

En 1928, traitement prolongé par le Muthanol en injection. Reprise du Muthanol en janvier 1929.

Malgré ce traitement, le malade doit être interné à Sainte-Anne, le 22 avril 1929, atteint de Paralyse générale. Les examens humoraux (26 avril 1929) sont les suivants :

Liquide céphalo-rachidien

Lymphocytose : 4,3.

Albuminose : 0,40.

Globulines positives.

Benjoin : 12211.00000.00000.

Meinicke partiellement positif.

Vernes : 14.

B. W. : positif.

Sang. — Meinicke : partiellement positif.

Vernes : 3.

B. W. : partiellement positif.

« Edouard Delp... — En 1923: vingt injections intra-veineuses de cyanure de mercure; une série de Quinby, puis quatorze injections de Néosalvarsan.

En 1924 : calomel.

En 1925 : bismuth et iodure pendant les intervalles. En même temps, trois séries de Quinby, de dix injections chacune; fin 1925, Curalues.

En 1926 : comprimés de Tréparsol; en décembre de la même année : injections intra-veineuses de Novarsénobenzol de 0 gr. 20 à 0 gr. 80.

En 1928, le malade suit un nouveau traitement de Novarsénobenzol, associé à l'iodure de potassium.

...Et le 11 juin 1929 Edouard Delp... arrive à l'Asile Sainte-Anne, à 48 ans, dans un état fort grave de Paralysie générale... Il meurt au bout de quelques jours. »

Ces observations montrent qu'il n'est pas rare de rencontrer l'éclosion de la Paralysie générale au cours même d'un traitement spécifique, suivi longtemps et consciencieusement chez des spécialistes.

Chez les paralytiques générales enceintes, il en est

de même. Le traitement chimio-thérapique, surtout arsénical, a presque supprimé la mort du fœtus ou de l'enfant.

Il reste cependant une certaine proportion de cas où le traitement spécifique se montre impuissant.

Les statistiques de la thèse de Sanz (1930) illustrent bien ce fait :

Femmes enceintes syphilitiques traitées. 269 gestations ont donné :

- 2 fœtus macérés,
- 4 enfants morts pendant le travail,
- 21 enfants morts en bas-âge,
- 212 enfants (soit 89 %) ont dépassé un an; mais
38 portent des stigmates.

Traitement mercuriel seul (Sauvage) :

- 66 % d'enfants vivants apparemment sains,
- 14 % d'enfants porteurs de lésions héréditaires,
- 19 % d'avortements et de mort-nés.

Bismuth seul (Galliot) : 85 % de bons résultats.

Arsenic seul. — Sauvage : 87 % de bons résultats.

— Bodin : 90 %. — Fersid (de Copenhague) : 87 %.

— Couvelaire, 1922 : 93 %.

Il y a eu, sur 228 femmes traitées, 215 accouchements à terme d'enfants vivants.

Devant cette carence partielle du traitement chimio-thérapique, Pinard conseille la malariathérapie (*Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française*, juillet 1929).

Il dit ceci : « Les thérapeutiques antisypilitiques à hautes doses (j'ai surtout employé le 914) sont capables, à elles seules, d'améliorer la Paralyse générale.

Je pense qu'elles doivent rester la base essentielle du traitement, que c'est à elles qu'il faut d'abord s'adresser, et les continuer tant que l'état clinique et l'état humoral s'améliorent, puis, au moment où l'on ne progresse plus, où l'on se heurte à un seuil, s'adresser alors à la malariathérapie pour reprendre ensuite le traitement spécifique. »

CHAPITRE IV

Cure par la malaria simple

La seule malariathérapie, comme traitement curatif, semble suffisante à un certain nombre d'auteurs (Weygandt, Kirchbaum, Jossmann et Stenaert, Schultze).

Leroy et Médakovitch présentent (« Paralyse générale et Malariathérapie », p. 113) l'Observation d'un malade traité seulement par la malariathérapie. Ce malade, impaludé le 1^{er} juin 1929, a eu dix accès; il sort le 17 octobre 1929 en complète rémission psychique, avec récupération professionnelle.

Mais il faut noter que les réactions humorales sont restées très peu modifiées dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang.

Bunker (Gr.), Henry' (A) and George H. Kirby (*Med. Journ. and record*, 1928, vol. cxxvii, N° 4, pp. 173 à 177, donnent une vue d'ensemble sur quatre ans et demi de résultats. Leur communication porte sur 156 malades à tous les stades de la maladie, et tous internés pour troubles psychiques. Les résultats sont les suivant :

Rémissions complètes.	33,3 %
Améliorations notables.	17,3 %
Stationnaires.	23,7 %
Morts.	25,7 %

De 34 malades, dont le traitement est terminé depuis trois ans et demi à quatre ans et demi, il y en a encore 24 vivants ; 4 sont morts pendant les accès fébriles, 6 autres dans les trois ans après la cure ; il y eut une aggravation, cinq stationnaires, deux améliorations durables, quatre rémissions complètes qui se sont maintenues ; deux rémissions complètes ayant fait des rechutes, l'une après deux ans, l'autre au bout de trois ans et demi.

Les meilleurs résultats ont été observés dans les formes expansives ; les plus mauvais dans les formes démentielles.

Dans à peu près la moitié des cas, la réaction de B. W. dans le L. C. R. a été faiblement influencée.

Bahr, Max and Brutsch (*Amer. Journ. of Psych.*, 1928, vol. VII, N° 5, pp. 715-729) ont traité 100 malades par la malariathérapie sans aucune cure spécifique. Sur ces malades, 25 sont sortis en parfaite rémission sans aucune modification depuis six à vingt-quatre mois. Parmi eux, vingt et un ont repris leurs occupations antérieures, un a récidivé au cours de son travail, trois sans renseignements. Quarante malades sont restés améliorés, dont dix stationnaires (sept plus de seize mois). Il y eut cinq cas de mort pendant la fièvre et dix-huit cas de mort de deux semaines à dix-huit mois après l'impaludation.

Levin (H. L.) (*N. Y. State J. Med.*, 1928, xxviii, pp. 562-564) a soigné cent paralytiques généraux par la malariathérapie, sans aucun traitement spécifique consécutif. Sur ces cent malades, il y a eu vingt-six rémissions complètes, dix rémissions très marquées,

quatorze rémissions moyennes, vingt et une stationnaires, vingt-neuf morts.

De ces statistiques, il faut conclure que la malaria-thérapie seule n'est pas suffisante pour enrayer l'évolution de la P. G. dans de nombreux cas. *Elle doit être toujours suivie d'un traitement spécifique plurimédicamenteux.*

CHAPITRE V

Observations de femmes PG enceintes traitées par la Malariathérapie

I. — Observation d'Unger

(Leroy, Médakovitch et Masquin, *Ann. Méd. Psych.*,
janvier 1931)

« Il s'agit d'une femme de 40 ans, internée dans un état de démence complète, avec incapacité de donner aucun renseignement, désorientation dans le temps et dans l'espace, très grand affaiblissement de la mémoire. Au point de vue physique : inégalité et inertie pupillaires, troubles des réflexes et de l'articulation de la parole, écriture tremblée avec des répétitions et des oublis, gâtisme fécal et rétention urinaire nécessitant le cathétérisme journalier; traces d'albumine dans les urines; réactions biologiques très positives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Le mari est lui-même un paralytique général traité autrefois par la malaria et sorti en rémission.

« Cette malade atteinte de Paralyse générale est impaludée le 7 janvier 1923; souche tierce, à accès quotidiens. Vingt-deux accès dépassant 39°. Arrêt spontané des accès le 24 février.

« Cure arsenicale post-malarique.

« Amélioration progressive de l'état psychique et somatique, suppression du gâtisme, mais persistance de

la rétention d'urine. A partir du 18 mars, la malade, qui boit beaucoup, émet spontanément 5 litres d'urine et ne présente plus de rétention; cependant il persiste une tuméfaction abdominale indéterminée.

« Une consultation dans le service de gynécologie détermine, le 23 mars, un utérus élargi jusqu'à l'ombilic, diagnostic de gravidité au sixième mois, bruits du cœur de l'enfant nettement perceptibles. La malade ne croit pas être enceinte.

« Vu qu'au moment de l'entrée il était impossible d'obtenir des renseignements ni de la malade ni de son mari, on a méconnu la grossesse d'autant plus facilement que la vessie en rétention recouvrait l'utérus. Quand la rétention eut disparu, le diagnostic put être établi en raison de la forte augmentation du volume de l'utérus.

« L'auteur avoue que, s'il avait cru être en présence d'une femme enceinte, il n'aurait pas pratiqué la malarithérapie. Cette ignorance a donné lieu à cette importante constatation, qu'une cure énergique n'arrête pas la grossesse. Par contre, elle améliore l'état psychique dans une très large mesure pendant la gravidité. Il est étonnant de constater que les frissons, avec les oscillations thermiques, n'ont pas nui à la grossesse. Nous constatons d'autres infections (grippe) qui aboutissent assez fréquemment à l'avortement par suite de la mort du fœtus. Dans le cas présent, la gravidité n'avait pas été interrompue, le fœtus n'étant pas lésé.

« Le 31 mai, début des douleurs, et le 1^{er} juin accouchement sans trop de souffrances d'un enfant vivant du sexe féminin, pesant 2.640 grammes, normalement constitué, bien développé et sans signe de sy-

philis héréditaire. Dans le sang du bébé, le B. W. est négatif et le Meinicke positif; pas de plasmodes.

« Pas de plasmodes non plus dans le sang de la mère.

« L'état psychique de celle-ci s'est très amélioré et elle sort, sur la demande de son mari, quinze jours après l'accouchement. »

Comme le font remarquer Leroy, Médakovitch et Masquin, cette Observation est des plus intéressantes. Elle montre qu'une fièvre paludéenne, avec vingt-deux accès et de nombreux frissons, n'a pas interrompu la grossesse. La méningo-encéphalite, toujours aggravée rapidement par la gravidité, a été arrêtée dans son évolution. La malade se trouvait sans aucun doute, lors de son entrée à l'Asile, sous l'influence d'une poussée récente. Nous savons que les graves manifestations d'une exacerbation peuvent, jusqu'à un certain point, régresser spontanément. Il n'est pas admissible de parler ici de rémission spontanée, puisque l'action nocive de la gravidité persistait. Cette amélioration surprenante doit être mise sur le compte de la malaria, qui a paralysé l'influence déplorable de la grossesse et brisé l'évolution bruyante de la maladie.

*
**

II. — Observation de Sarbo A.

(« Sur un cas de syphilis cérébrale chez une femme enceinte traitée par la malaria ». *Klinische Wochenschrift*, 1928, N° XXI, p. 992.)

« Une femme de 25 ans, contaminée à 21 ans sans connaissance de sa maladie, se marie à 21 ans et de-

vient immédiatement enceinte. Le premier enfant venu au monde, à terme, meurt à 6 mois d'une congestion pulmonaire, avec symptômes cutanés très probables de syphilis congénitale.

« Cette femme entre à l'hôpital le 28 juillet 1927 pour céphalalgies atroces avec exacerbations nocturnes.

« *Sang* : B. W. très positif.

« *Liquide céphalo-rachidien* : lymphocytose, 128; albumine, 0,25; globulines très positives; or colloïdal positif, floculation complète jusqu'au 5^e tube; B. W. positif.

« Le mari avait un B. W. négatif dans le sang.

« *Traitement par la malariathérapie.* Cinq jours après l'inoculation, on apprend que la malade est enceinte de quatre mois. Il s'agissait d'établir s'il était ou non nécessaire d'arrêter l'infection paludéenne par la quinine? Comme on pouvait s'attendre à un avortement sous l'action du médicament, on laisse agir la cure par la malaria, tout en prenant en considération les dangers de l'avortement sous l'influence d'une température trop élevée. Le neuvième jour après l'inoculation, frisson typique. Au quatrième accès, mouvements actifs du fœtus. On laisse se dérouler les autres accès fébriles en contrôlant soigneusement les bruits du cœur et les mouvements de l'enfant. Huit accès fébriles, certains dépassant 40°. Constatation dans le sang des croissants typiques de la fièvre tierce. A la fin des accès fébriles, injection par voie intraveineuse de Néo Salvarsan, à la dose totale de 4 gr. 65. Disparition des maux de tête.

« A la fin du neuvième mois, naissance d'un en-

fant à terme, long de 50 centim., pesant 2.600 gr., tour de tête 33 cm.; aucune manifestation syphilitique.

« La mère nourrit elle-même son bébé, qui se développe normalement. A deux mois et demi, celui-ci pèse 5.100 grammes, sa longueur est de 59 cm., et le tour de tête de 39 cm. La mère présente encore cependant un sérum sanguin très positif pour le B. W. et les réactions de précipitation suivantes : dans le *liquide céphalo-rachidien*, réactions biologiques complètement négatives; albumine totale, 0,25; éléments cellulaires, en diminution, 48; les réactions des globulines et de l'or colloïdal sont plus atténuées, mais encore positives. »

Puisque nous nous occupons de la malariathérapie chez les paralytiques générales enceintes, il est intéressant d'étudier la question de la syphilis cérébrale. Cette observation de Sarbo montre que la syphilis de la mère a cessé d'être active, mais persiste au point de vue latent. Seuls les examens du liquide céphalo-rachidien sont en faveur d'une participation inflammatoire des méninges cérébrales.

Chez l'enfant, les réactions de B. W. et les réactions de précipitation sont complètement négatives, aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien. Il existe cependant une participation méningée : lymphocytes, 24,; albumine, 0,35; Pandy et Nonne-Appelt très fortement positifs, ainsi que la réaction de l'hémolysine. On peut donc admettre que l'enfant lui-même est infecté, bien que ne présentant aucun symptôme.

Ni l'enfant ni la mère ne peuvent être considérés comme guéris de leur syphilis, et la continuation d'un traitement anti-syphilitique énergique s'impose pour

tous les deux. L'auteur estime, malgré tout, avoir atteint un résultat heureux par la cure malarique suivie d'un traitement spécifique, vu que la mère ne présente aucun symptôme de syphilis, et qu'on a pu prévenir chez l'enfant une syphilis congénitale. La guérison par la continuation d'un traitement très énergique est possible.



III. — Observation de Leroy, Médakovitch et Masquin

(*Ann. Médico-Psychologiques*, janvier 31.)

Cette Observation est une nouvelle preuve de l'action heureuse de la malariathérapie chez les paralytiques générales enceintes.

« Léontine B..., fille de cuisine, âgée de 29 ans, entre le 13 avril 1930 à l'Asile Sainte-Anne.

« Paralysie générale typique avec état démentiel accusé; agitation motrice, dangereuse pour ses voisins, par périodes. Traitée sans amélioration par plusieurs séries de Novarsenobenzol à la dose totale de 21 gr. (Largeau.)

« A l'entrée, la malade présente, au point de vue mental, un état d'affaiblissement intellectuel portant surtout sur le jugement et le raisonnement; perte totale de l'autocritique, inconscience de sa situation, ne sait pas pourquoi on l'a conduite dans un hôpital. Orientation assez bonne, connaît l'année, le mois, hésite sur le jour; dit son nom, son âge, sa profession et donne quelques détails sur son existence antérieure. Aspect déprimé, atone, indifférent. Sait qu'elle est enceinte. Ignore toute infection syphilitique. Parle vaguement de piqûres faites à la Charité et à l'Hôtel-

Dieu. Souvenirs flous. Euphorie béate et niaise. Inertie et rigidité pupillaire, tremblement de la langue et des mains; dysarthrie.

« Réactions biologiques positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

« L'évolution de la Paralyse générale a été rapide chez cette malade, car elle était lucide et consciente au mois de mai 1930, lors d'une hospitalisation à la Charité. Etant donné le bon état général de cette femme, nous n'hésitons pas à l'impaluder le 19 août 1930 par voie intra-musculaire, au septième mois de la grossesse. Premier accès le 28 août. Huit accès terminés le 9 septembre, par l'administration de 2 gr. 50 de sulfate de quinine, donnés en trois jours.

« Le 20 octobre 1930, accouchement à terme, normal, en deux heures, très douloureux. Enfant du sexe féminin, 3.150 gr. Placenta, 550 gr. Suites de couches normales.

« L'enfant a été placé à l'Assistance publique; une note du médecin de l'Assistance nous a donné les renseignements suivants : 28 octobre, poids, 2 kg. 850; taille très petite, 45 cm.; débilité congénitale, érythrodermie physiologique, cordon non tombé; examen par ailleurs normal. Réaction de B. W. et de Hetch négatives dans le sang.

« Décembre 1930 : A l'âge de cinq semaines, poids, 3 kg. 400; rate non perçue; foie normal; pas de malformation; pas de hernie; pas de fissure. L'enfant pousse bien, mais lentement.

« Un traitement spécifique mixte a été institué chez la mère après l'accouchement, au retour du Pavillon de chirurgie : Stovarsol du 2-12-1930 au 14-1-1931 : 23 gr. 50; bi-iodure de mercure, du 10-12-1930 au 14-1-

1931 : 1 gr. 25; iodure de potassium, du 10-12-1930 au 14-1-1931 : 175 grammes.

<i>Liquide céphalo-rachidien</i>	<i>14 août 30</i>	<i>16 janvier 31</i>
Lymphocytes	8,5	5,7
Albumine	0,56	0,4
Pandy	positif	positif
Wietchbrodt	positif	positif
Globulines Nonne-Appelt . .	positif	partiel. positif
Noguchi	positif	partiel. positif
Siliquid	très positif	positif
Benjoin	12221.11100.00000	12211.12211.00000
Bordet-Wassermann	H° (très positif)	H° (très positif)

Sang

Tolu (Meinicke)	négatif	positif
Floculation de Kahn	partiel. positif	partiel. positif
Hecht	positif	positif

« Le poids de la malade était, à l'entrée, de 63 kg. 500; il est tombé à 59 kg. 300 au moment de l'accouchement et même à 57 kg. 500 au commencement du mois de décembre. Il est remonté progressivement à 60 kg. le 15 janvier 1931.

« L'amélioration physique et psychique s'est manifestée progressivement depuis l'impaludation. Léontine montre actuellement une certaine activité, s'occupe à tricoter, a recouvré sa mémoire, a conscience de sa maladie. Son caractère reste difficile, elle se dispute facilement avec les autres malades, qui la traitent de « Boche ». Pas de dysarthrie à proprement parler. Pas de tremblement de la langue ni des mains. Etat général parfait. »

*
**

IV. — Observation de Leroy et Médakovitch

(*Ann. Médico-Psychologiques*, janvier 1931.)

« Marguerite Lev..., âgée de 32 ans, entre le 8 octobre 1931 à l'Asile Sainte-Anne.

« Paralyse générale. Affaiblissement progressivement aggravé depuis deux à trois mois; incapacité de tenir son ménage, désordre des actes, perd la notion de l'heure, excitation psychique avec turbulence, défait son lit, erre dans le dortoir, violences à craindre; période dépressive avec prostration, inconscience de son état. Réflexes tendineux vifs, dysarthrie aux mots d'épreuve. Inertie pupillaire. Enceinte de cinq à six mois. (Courtois.)

La malade est la dernière d'une nombreuse famille. Elle a déjà eu deux enfants : un petit garçon, né en 1926, décédé à deux ans, et un autre, né en juin 1925, actuellement vivant. Intelligence normale, pas d'alcoolisme. Syphilis contractée à 20 ans, en 1918, traitée soigneusement pendant treize ans à l'Hôpital Broca.

Octobre 1918. -- Roséole, six injections de 606 et douze de cyanure de mercure.

Février 1919. -- Angine secondaire et leucomélanodermie; réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang.

Du 18 février au 11 avril 1919, neuf injections de Novarsénobenzol.

5 juillet, ictère généralisé, traité par vingt injections d'Enésol, jusqu'à fin novembre.

Janvier 1920. — Aucun accident spécifique. Reprise du cyanure.

Fin octobre. — Revient à Broca, enceinte de cinq mois. Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Série d'injections de Novarsenobenzol.

Février 1921. — Accouchement normal d'un garçon pesant 8 livres, décédé de méningite en avril 1922.

1921 et 1922. — Aucune médication.

Avril 1923. — Réflexes pupillaires et tendineux normaux; Bordet-Wassermann très positif. Série de Novarsénobenzol, du 24 avril au 23 juin.

Août 1923. — Bordet-Wassermann toujours très positif, traitement par Rhodarsan.

Décembre 1926. — Marguerite revient se faire examiner à Broca. Aucun trouble fonctionnel. Bordet-Wassermann négatif. On lui fait cependant une série de Quinby. Elle amène son enfant, né en juin 1925, alors âgé de 18 mois et ne présentant aucun signe de syphilis héréditaire; mais le bébé ne marche pas encore.

1927. — Réflexes normaux.

Août 1928. — Bon état général; huit injections d'Arquéritol.

Juin 1929. — Bordet-Wassermann très positif. Quinze injections de Muthanol.

Août 1930. — Bordet-Wassermann très positif. Seize injections de Bivatol.

Juin 1931. — Bordet-Wassermann toujours très positif. Début d'une série d'injections de Novarsénobenzol. Malade passée à l'Hôtel-Dieu, puis à Sainte-Anne, pour troubles mentaux.

Impaludation au septième mois de la grossesse, le 21 octobre 1931, par voie intra-veineuse. Huit accès de 40° à 41° arrêtés le 14 novembre par sulfate de quinine : 11 grammes donnés à raison d'un gramme

par jour, pendant cinq jours, et 3 gr. pendant deux jours. Pas de confusion fébrile.

Accouchement normal le 10 décembre 1931; début des douleurs à 22 heures, expulsion du fœtus à 23 h. 45. Expulsion du placenta à 0 h. 15. Enfant du sexe féminin, à terme, bien constitué. Poids: 3 kg. 500. Placenta de 700 grammes.

Suites de couches normales, sans fièvre. La malade s'est montrée excitée après son accouchement, voulant se lever. Aucune confusion; a choisi elle-même les prénoms de la fillette : Suzanne-Marguerite. L'enfant a été envoyée à l'Hôpital des Enfants Assistés. Une note du médecin (24 déc. 31) signale : Croissance régulière, allaitement au lait de femme. Poids actuel, au quatorzième jour : 2.950 grammes (il était, à l'entrée, de 2.630 grammes).

Réactions biologiques du sang : Bordet-Wassermann, négatif; Hecht, anti-complémentaire.

Marguerite revient dans le service, le 28 décembre 1931, agitée, anxieuse, cherchant à s'enfuir, désorientée dans le temps et dans l'espace. Elle se souvient avoir accouché d'une petite fille. Idées de suicide, aime mieux se tuer que de rester à l'Asile. Propos incohérents : son corps est séparé en plusieurs tronçons ; elle a deux ventres, l'un qu'elle laissera à l'hôpital, l'autre qu'elle emmènera ; elle est morte ; une autre Marguerite vit à sa place ; on brûle ici les femmes qui ont eu des enfants, afin de les punir. Hallucinations visuelles et auditives : voit un phare qui l'éclaire et lui parle : « Margot, tu as un enfant, tu vas mourir ; tu seras brûlée, tu n'avais qu'à pas faire d'enfant. »

Janvier 1932. — Se montre déprimée, inquiète, anxieuse, avec idées de culpabilité, et idées de sui-

cide; s'alimente difficilement. Une voix lui dit qu'elle est malade par sa faute.

10 janvier. — Même état de dépression; hallucinations auditives : « Ne mange pas ! » Elle mange mieux cependant et nie ses idées de suicide et de transformation corporelle. Désorientée, amnésique, ne peut dire la date du jour, ni celle de son accouchement. Elle reconnaît avoir eu une petite fille, l'aimer beaucoup et avoir l'intention de l'élever de son mieux, comme son petit garçon. Affaiblissement de l'intelligence, difficulté des calculs élémentaires; pas de dysarthrie appréciable; inertie pupillaire; tremblement de la langue et des mains.

(Voir, page suivante, les réactions biologiques présentées par cette méthode à la date du 10 janvier.)

Cette Observation amène les auteurs à quelques considérations intéressantes :

I. — Elle est une nouvelle preuve de l'insuffisance du traitement spécifique pour éviter l'évolution ultérieure d'une Paralyse générale. Une médication chimiothérapique bien conduite, suivie pendant treize ans à l'Hôpital Broca, n'a pas empêché la malade d'entrer à l'Asile Sainte-Anne pour méningo-encéphalite à la période d'état. Nous avons longuement étudié cette question au *Congrès de Dermatologistes et*

Réactions biologiques présentées le 10 janvier 1932
par Marguerite Lev... (Observations de Leroy et Médakovitch).

<i>L. C. R.</i>	6 octobre 1931	12 octobre 1931	12 janvier 1932
Lymphocytes	2	7	2,4
Albumine	0,6	0,70	0,60
Pandy	++	++	++
Globulines Weichbrodt.	++	++	++
Silicoid. . .		++	++
Benjoin (Guillain)	22222.22010.00000	2222.22200.00000	12222.22210.00000
Tolu (Menicke)	+	++	++
Bordet-Wassermann . .	+		
<i>Sang</i>			
Tolu	—	0,2+	0,2+
Floculation	—	—	—
Hecht		++	++
Bordet-Wassermann . .	+	—	—

Syphiligraphes de langue française (juillet 1929), en nous basant sur seize Observations personnelles. « Si un syphilitique, à n'importe quelle période, présente une réaction positive irréductible dans le liquide céphalo-rachidien, il ne faut pas perdre un temps précieux en lui faisant suivre uniquement un traitement spécifique. Impaludation puis traitement spécifique pluri-médicamenteux consécutif, telle est la seule et la vraie formule pour empêcher le développement future d'une maladie grave du système nerveux. »

Les travaux de Kyrle, qui a soumis systématiquement à la thérapeutique malaria-salvarsan des syphilis récentes et d'autres plus anciennes, avec ou sans modification pathologique dans le liquide céphalo-rachidien, ont prouvé la valeur prophylactique de l'impaludation dans la Maladie de Bayle.

Nous ne nous rangeons pas à l'avis de Pouffary, qui, à la suite de deux Observations (*Ann. Médic. psychol.*, mars 1931, p. 257), se demande « s'il est préférable d'appliquer la malariathérapie d'emblée, ou s'il n'est pas plus prudent, à la fois pour la mère et pour l'enfant, d'attendre l'accouchement et d'instituer un traitement anti-syphilitique d'attente.

II. — L'emploi de la quinine présente-t-il des inconvénients pour la grossesse?

H. Inhelder (Malaria et gravidité, *Arch. für Schiffs und Trop. Hyg. path. und Therap. Exotisch Krank.*, 1926, vol. xxx, p. 251) cite l'exemple pittoresque suivant :

L'auteur fut consulté par un médecin chinois pour un cas médico-légal survenu dans les conditions suivantes. Une Chinoise gravide au huitième mois, at-

teinte de paludisme, est traitée par 1 gramme de quinine répartie en cinq prises. Le lendemain, avortement et mort de la mère par hémorragie. Le médecin, traduit devant la justice chinoise, faillit être condamné. La seule circonstance qui le sauva fut de n'avoir pas été appelé au moment de l'hémorragie.

Inhelder conseille, chez les femmes enceintes en accès, d'associer à la quinine de la teinture d'opium pour arrêter les douleurs et les contractions utérines.

Certains formulaires interdisent les sels de quinine chez la femme enceinte, en raison des propriétés emménagogues du médicament. Une telle crainte nous paraît vaine. La première paralytique générale impaludée par nous au septième mois a reçu 2 gr. 50 de sulfate de quinine en trois jours. La malade présentée aujourd'hui, impaludée à 7 mois 1/2, a eu ses accès coupés par 11 gr. de sulfate de quinine donnés en une semaine, dont 3 grammes par jour les deux derniers jours. Rien de particulier à signaler avec cette dose forte mais nullement excessive.

Pareille constatation a été faite par d'autres auteurs : Adam (M.) (« Paludisme au cours de la grossesse, traité par des doses massives de quinine », *Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1924, N° 3) a communiqué deux cas de gravidité avec avortement menaçant aux deuxième et quatrième mois. Le paludisme des mères a été traité par de très grosses doses de quinine, jusqu'à 3 et 4 gr. par jour; la première, 16 gr. en une semaine, l'autre 31 gr. en dix-sept jours. La malaria s'éteignit; les deux femmes eurent des couches normales et mirent au monde des enfants bien portants.

Le même Adam (M.) (*loco citato*) s'est trouvé en pré-

sence d'une femme gravide de sept mois et demi atteinte d'un paludisme très grave. Il a pu arrêter l'avortement menaçant par 4 gr. de quinine administrés en deux jours, par voie intra-musculaire. Trois semaines plus tard, la malade accouchait, au cours d'un accès, d'un enfant vivant chez lequel l'examen hématologique décelait le même parasite que celui de la mère dans le sang périphérique et dans le cordon ombilical.

Cette présence logique de l'hématozoaire dans le sang du nouveau-né et dans le placenta est intéressante à noter.

*
**

Autres observations

Mattuschka et Rosner (« Malariathérapie de la syphilis », Springer, Vienne, 1927) ont donné une statistique portant sur onze femmes P. G. enceintes, traitées par la malaria : huit ont mis au monde un enfant bien portant, deux un enfant malade, et une seulement un mort-né.

CHAPITRE VI

Technique de l'Impaludation

I. — CHOIX DE LA SOUCHE

A) *Souche de malaria tierce.*

Le traitement par la malaria consiste essentiellement à inoculer au malade le *plasmodium vivax* (fièvre tierce bénigne).

Quelques précautions sont à prendre dans le choix du donneur.

1° Déterminer cliniquement et microscopiquement le caractère uniquement tierce de l'affection, de crainte d'une association parasitaire dangereuse.

2° Mais chez les donneurs de sang venant des pays tropicaux et des colonies, le diagnostic microscopique du caractère uniquement tierce de la fièvre n'est pas toujours fidèle. Aussi ne faut-il pas prendre les individus venant des colonies comme donneurs.

3° Le mieux est de choisir uniquement pour souche une fièvre exclusivement tierce, éprouvée par une série de passage. Quand on dispose d'une souche de plasmodies tierce, ayant passé par une série de générations, on a ainsi créé, au bout d'un certain temps, une souche donnant toute satisfaction.

Dans plusieurs pays, et particulièrement en Angleterre, on emploie, outre la malaria thérapeutique, la malaria naturelle par piqûres d'anophèles infectés de fièvre tierce. Mais cette malaria anophélienne peut donner des récidives, même après le traitement quinique. Cependant, on doit reconnaître que les auteurs anglais ont obtenu des résultats favorables.

B) *Souche de malaria quarte.*

Kirchbaum (*Münch. med. Wochschrift*, 1928, vol. LXXV, pp. 469-470) a étudié la malaria quarte dans la parasyphilis. L'auteur a utilisé quatre souches différentes montrant toutes les mêmes propriétés cliniques et pathologiques et réagissant rapidement à la quinine. Pas d'élévations prodromiques de température. Les accès se suivaient rigoureusement, les malades ayant un accès toutes les soixante-douze heures et un repos de deux jours. La durée totale du traitement est ainsi plus longue. Les complications sont rares. Aucun cas de mort pendant la période de traitement; deux cas très avancés sont décédés quelques semaines après. De plus, la quarte se prête mieux à la conservation de la souche par passages (26 à 30 pour la tierce, 11 à 12 pour la quarte):

L'auteur conclut qu'il n'y a aucun obstacle à utiliser la malaria quarte, qui est absolument sensible à la quinine. Son action est moins brutale et se recommande surtout chez des sujets un peu affaiblis, et comme premier traitement. Les résultats sont aussi bons qu'avec l'inoculation par la fièvre tierce. La quarte est tout à fait indiquée dans les cas de résistance à la tierce ou en cas de réinoculation.

C) *Souche de fièvre récurrente.*

Visser (*Psychiatr. und Neurol. Blatten*, 1928, vol. xxxii, N^{os} 3 et 4, pp. 377-393) fait une revue générale de plus de cent cas traités par la malariathérapie et par la fièvre récurrente.

Il semble que la fièvre récurrente ait une plus mauvaise influence sur l'état général du malade. De plus, il n'y a aucun moyen d'influencer l'intensité des accès thermiques.

Horn (L.) (*Psychiâtr. neur. Wochenschrift*, 1928, vol. II, p. 336) montre que la malaria présente un avantage absolu aussi bien au point de vue clinique que sérologique.

II. — CONSERVATION DU SANG

La possibilité de conserver le sang paludéen pour l'impaludation donne toute facilité pour l'application de la malariathérapie loin des centres médicaux.

Plusieurs méthodes permettent à l'heure actuelle de conserver le sang dans un état infectieux.

1° *Méthode au citrate de soude.* — Les 5 cm³ de sang paludéen prélevés sont versés dans une éprouvette contenant une solution stérile de citrate de soude à 0,5 %. On agite doucement; on ferme avec un bouchon de caoutchouc stérile, on lute avec de la paraffine. Le délai maximum d'injection est de douze heures.

2° *Méthode du sang gélatiné* (Merck). — On mélange 2 cm³ de sang paludéen tierce à 10 cm³ de gélatine pure et stérile, liquéfiée préalablement par un séjour au bain-marie à 30°. Agiter doucement les deux substances pendant quelques minutes dans une éprouvette

jusqu'à ce que le liquide forme une masse rouge diffuse bien homogène. Après coagulation de celle-ci, boucher l'éprouvette avec caoutchouc paraffiné. L'état solide du mélange permet l'envoi au loin. Le médecin receveur doit liquéfier au bain-marie à 38°, agiter doucement le liquide et injecter. Délai maximum : trois jours.

Quand il suffit de conserver le sang moins de douze heures, la méthode au citrate de soude est préférable.

Deux autres méthodes sont également employées : celle du sang défibriné à l'agar, et celle du sang défibriné dextrosé. Les deux premières suffisent dans la pratique.

III. — TECHNIQUE D'INOCULATION

L'inoculation thérapeutique de la malaria se fait directement de malade à malade.

Premiers essais. — En 1917, Wagner-Jauregg essaya le procédé par scarification comme dans la vaccination antivariolique. Les résultats ne furent pas constants.

En 1919, l'inoculation sous-cutanée avec de faibles quantités de sang ($1/4$ de cm^3) lui donnèrent des accès fébriles irréguliers et faibles.

Les injections intra-veineuses pratiquées avec du sang dilué dans du sérum physiologique en proportions variables ne lui donnèrent pas non plus des résultats satisfaisants.

Ayant vu ainsi qu'une trop petite quantité de sang, ou qu'une trop grande dilution, rend le résultat thérapeutique douteux, il utilisa un centimètre cube de

sang prélevé au moment de l'accès fébrile. Cette quantité s'est montrée nettement suffisante. L'inoculation intra-veineuse exige des injections de souches tierces beaucoup plus faibles.

Avec l'accroissement du nombre des passages, on s'est aperçu que la stabilité de l'infection perdait un peu de sa régularité et que l'incubation pouvait dépasser plusieurs semaines, d'où un retard indésirable dans le traitement. On a donc été forcé d'augmenter la dose et on a reconnu que 2 à 4 cm³ donnaient une durée d'incubation variant de sept à douze jours.



Méthode courante. — C'est celle que Wagner-Jauregg a finalement préconisée. On prélève dans la veine du pli du coude d'un malade atteint de malaria tierce, après détermination clinique et microscopique du caractère tierce et assurance de non-traitement antérieur par la quinine, 2 à 4 cm³ de sang que l'on injecte immédiatement au receveur sous la peau du dos. En même temps que l'on pousse l'injection, il faut diriger l'aiguille sous la peau, dans différents sens, afin de dilacérer les tissus et faciliter ainsi le passage plus rapide des hématozoaires dans le sang.



Méthode intra-veineuse. — Prélever par aspiration d'une seringue 2 à 4 cm³ (même plus) de sang à une veine du pli du coude, et l'injecter immédiatement dans les veines du bras du receveur. La durée d'incubation est diminuée de quelques jours. C'est le seul avantage que cette méthode semble posséder.

Cependant, lorsque la première inoculation a été faite par voie sous-cutanée, il peut être bon de faire les suivantes par voie intra-veineuse. Cette voie est surtout indiquée chez les malades traités sans succès par l'impaludation sous-cutanée ou chez les sujets qui, venant des colonies, peuvent présenter une moindre réceptivité. On peut dans ces cas augmenter la dose de sang malarique jusqu'à 10 cm³.

Considérations. — L'impaludation ne donne aucun choc protéique appréciable. Quelquefois cependant, avec les grosses quantités de sang, on peut voir apparaître une ascension thermique à 38,5° et même davantage. Mais le lendemain tout rentre dans l'ordre. Il n'y a jamais de réaction locale. Employer des aiguilles fortes, de longueur moyenne, avec large ouverture. Pour éviter les rapides coagulations de sang dans la seringue, il faut agir rapidement.

Il est tout à fait indifférent que le sang soit prélevé chez le donneur à l'acmé, à la chute, ou dans le stade d'apyrexie de l'accès fébrile.



Méthode intra-dermique. — Wagner-Jauregg injecte dans la peau 1 à 3 cm³ de sang; la durée d'incubation est un peu plus prolongée; on obtient un type tierce très pur.

Cette méthode a son indication dans les cas d'état général mauvais ou d'âge avancé, lorsqu'il est souhaitable que l'évolution tierce des accès fébriles ait une plus longue durée d'incubation. Généralement, une première suffit pour obtenir un excellent résultat. En cas d'insuccès, il faut impaluder à nouveau le malade une deuxième ou une troisième fois, et même plus.



Méthode intra-cérébrale. — Cette méthode, toute récente, a été créée dans le service du Dr Ducosté, médecin-chef à l'Asile de Villejuif. Notre ami le Dr Couloudon, dans sa thèse « Contribution à l'étude du traitement de la Paralyse générale; l'impaludation cérébrale », Paris 1932, en décrit la technique et publie les excellents résultats obtenus.

Après une trépanation très petite de trois millimètres au niveau de la partie antérieure du lobe frontal, on injecte en pleine substance blanche, à 3 cm. de profondeur, de 3 à 5 cm³ de sang paludéen.

Il est à noter que cette méthode a été employée chez des malades déjà traités par la malariathérapie sans succès appréciable.

Les résultats sont les suivants :

Guérison complète.	28 %
Amélioration.	35 %
Accidents.	0

Jamais de délires secondaires.

L'incubation et la courbe thermique sont atypiques; les accès s'arrêtent spontanément la plupart du temps sans avoir besoin de donner de la quinine.

IV. — EVOLUTION DE LA FIÈVRE PALUDÉENNE

La durée d'incubation est variable : sept à douze jours dans l'inoculation sous-cutanée. Si après trois ou quatre semaines au maximum la fièvre ne s'est pas

déclarée, une réimpaludation est nécessaire. Dans l'inoculation intra-cutanée, l'incubation est de dix à vingt jours; elle est plus courte dans l'impaludation intra-veineuse : de trois à dix jours. Dans les réimpaludations, elle est plus longue, quelle que soit la méthode d'inoculation employée.

Après cette incubation, la fièvre paludéenne éclate. Le diagnostic du premier accès n'est pas toujours facile à faire, car il existe quelquefois une ascension thermique prodromique à la fin de l'incubation. Le premier accès est déterminé en pratique par frissons, transpiration et température d'au moins 39°.



Nombre d'accès nécessaires. — Il ne faut pas croire qu'un très grand nombre d'accès donne un meilleur résultat thérapeutique, bien au contraire. Lorsque la fièvre est bien supportée, on peut atteindre jusqu'à douze accès, mais huit à dix accès fébriles bien caractéristiques sont suffisants.



Quand faut-il arrêter les accès? — Il est nécessaire pendant toute la durée des accès de surveiller attentivement la malade, surtout au point de vue de la résistance cardiaque. En cas de besoin, il faut avoir recours aux toni-cardiaques tels que la digitale, le strophanthus et l'huile camphrée. Il vaut même mieux utiliser cette médication avant et dans l'intervalle des accès. Grâce à ces précautions, il n'existe plus de mort par collapsus cardiaque.



Cure malarique en deux temps. — L'atténuation des accès par des petites doses de quinine (0,10) est quelquefois nécessaire à la suite de complications telles que : mauvais état général, faiblesse cardiaque.

Lorsque cette atténuation n'est pas suffisante, il vaut mieux arrêter complètement la fièvre, faire du Novarsénobenzol et, après un repos de six à huit semaines, refaire une nouvelle inoculation.

CHAPITRE VII

Interruption de la malaria

A) INTERRUPTION DE LA MALARIA PAR LA QUININE

L'administration de la quinine permet l'interruption de l'infection paludéenne tierce au moment voulu.

Avec cette médication, les symptômes de l'infection disparaissent complètement dans un très bref délai et sans récédive.

Le sulfate de quinine se donne généralement par la bouche. La dose totale est dans ce cas de 5 grammes: 0 gr. 50 en deux fois pendant les trois premiers jours, 0 gr. 5 seulement en une fois, les quatre autres jours, de sorte que la durée du traitement est de sept jours. Cette dose se montre toujours suffisante.

Lorsqu'il est nécessaire d'agir vite, on emploie les injections intra-veineuses de chlorhydrate de quinine à la dose de 0 gr. 5, une à deux fois par jour.

Si la malade refuse le cachet, on peut lui faire absorber la quinine dans sa nourriture. Lorsqu'enfin la malade refuse toute alimentation, un procédé commode est l'injection sous-cutanée. On injecte alors 1 gr. 5 de quinine dans 500-cc. d'eau.

D'autres produits ont été également expérimentés: le stovarsol, l'hyperquinine, le néosaprovitane, le mercurochrome.

Nous avons vu que la quinine n'interrompt pas la grossesse, mais qu'au contraire on a pu, par son emploi, arrêter un avortement menaçant. Cependant, si on redoute de l'employer, il existe un autre médicament pour la remplacer : le bleu de méthylène; nous allons en parler dans le paragraphe suivant.

B) INTERRUPTION DE LA MALARIA PAR LE BLEU DE MÉTHYLÈNE

La Thérapeutique possède, contre la malaria, un médicament spécifique, excellent et traditionnel : la quinine ; sa situation est privilégiée dans la science; personne ne songe à lui disputer sa réputation.

Et cependant la quinine n'est pas infaillible; il y a des cas qui ne peuvent pas être combattus par elle, même si on l'emploie à des doses très énergiques et durables.

Dans certaines conditions, tout particulièrement dans les grands foyers malariques, il se forme une génération de parasites résistant à la quinine, tout comme il y a des souches de tréponèmes mercuro-résistants.

La résistance à la quinine en présence du *Falciparum* est généralement telle que le malade succombe. Même dans les accès dus au *Plasmodium vivax*, les forces du malade peuvent s'épuiser à tel point que, malgré la quinine, il peut se produire un accès amenant rapidement une issue fatale.

Dans ces conditions, le médecin doit chercher d'autres moyens thérapeutiques.

Un de ces moyens est réalisé par le bleu de méthylène.

C'est Ehrlich qui, le premier, en 1891, eut l'idée d'essayer le bleu de méthylène dans le traitement de la malaria. Après avoir déterminé que cette substance colorante imprégnait les fibres nerveuses, il utilisa avec succès ce moyen contre les névralgies et passa alors par analogie à l'application dans la malaria.

En réalité, il n'a pas vu l'imprégnation par le bleu de méthylène des hématozoaires circulant dans le sang. Personne jusqu'à nos jours n'a observé cette coloration vitale.

Comme mécanisme d'action, Ehrlich croit uniquement à l'action toxique du bleu sur les parasites. Ivanof croit que la quinine agit d'une manière élective sur le noyau, et le bleu de méthylène sur le protoplasma. Chez les gens saturés de quinine, le bleu agit plus rapidement et plus complètement. S'appuyant sur cette hypothèse plausible et sur l'observation clinique, l'auteur prescrit un traitement mixte.

Le bleu de méthylène est préconisé par le Professeur Miguel Coutto, dans un article « *Archiv. für Schiffs und Tropfen* ». *Hygiene Pathologie und Therapie exotischer Krankheiten*, 1926, vol. xxx, N° 7, pp. 281 à 284.

Cet auteur traita par cette méthode un enfant atteint d'accès très violents de fièvre tierce. Toute la gamme des succédanés de la quinine était épuisée. L'enfant était presque intoxiqué par les fortes doses de quinine qu'on lui avait fait absorber, et les accès n'en continuaient pas moins. C'est dans ces conditions désespérantes que l'auteur put sauver le malade en lui donnant 0 gr. 40 de bleu de méthylène.

A l'île de Paqueta, dans la baie de Rio de Janeiro, sévissait une véritable épidémie de malaria. Un jour,

un habitant vint trouver l'auteur. Il souffrait depuis deux mois d'attaques fébriles, malgré les fortes doses de quinine ingérée. Il fut traité avec le bleu de méthylène et la fièvre tomba.

Coutto cite encore ce fait qu'un certain nombre de malades venant du Brésil à Rio de Janeiro étaient atteints d'accès violents, malgré qu'ils fussent imprégnés de quinine depuis plus d'un mois. Un certain nombre d'entre eux furent alors traités par le bleu de méthylène; pour les autres, on continua la quinine. Les premiers guérèrent tous; les autres, sans exception, moururent rapidement. Il y a là autre chose qu'une coïncidence favorable.

L'auteur conclut que le bleu de méthylène guérit la malaria, même lorsque la quinine s'est révélée impuissante.

Nul ne songe à disputer à la quinine sa valeur éprouvée depuis des siècles; cependant, on ne peut la considérer comme une divinité sans défaillance.

Posologie et mode d'emploi du bleu de méthylène.

— L'expérience a montré à Coutto qu'au début des formes à *Plasmodium vivax*, le bleu de méthylène, absorbé par la bouche, est nettement suffisant. L'auteur administre 1 gr. 5 par jour, en capsules de 0 gr. 10 à 0 gr. 20. Il conseille de prendre la drogue pendant les repas, de façon à ne pas irriter le tube digestif.

Dans la forme pernicieuse de la malaria, il faut préférer les injections intra-veineuses.

La formule est la suivante :

Bleu de méthylène. 0 gr.05

Eau distillée. 5 gr.

pour une ampoule.

Injecter deux à cinq ampoules par jour, suivant la gravité des cas. Il arrive que la peau et les muqueuses se colorent en bleu pendant quelques minutes. Mais cette coloration est assez peu nette, de sorte que le malade ne s'en aperçoit pas.

Il peut se produire des accidents lorsque le titre de la solution est inférieur à 1 gr. pour 400 cc. d'eau, ou lorsque l'injection est poussée trop rapidement. Ces accidents sont quelquefois assez graves pour amener des convulsions et la mort.

Le traitement doit durer deux mois, pour éviter que les hématozoaires ne se muent en formes durables, et que l'organisme héberge une malaria latente.

En résumé, l'auteur affirme que le bleu de méthylène est le premier équivalent de la quinine.

1° Dans les formes bénignes de la malaria, il est indifférent que le traitement soit fait par la quinine ou par le bleu de méthylène.

2° Dans les cas où la malaria est réfractaire à la quinine, on peut employer le bleu de méthylène.

3° Dans les formes tropicales ou pernicieuses, il faut introduire immédiatement le traitement mixte par injection intra-veineuse des deux substances.

CONCLUSIONS

Nous avons vu que :

1° La grossesse est fréquente chez les paralytiques générales;

2° La gravidité accélère d'une façon désastreuse l'évolution de la méningo-encéphalite;

3° Le traitement spécifique seul, ou la malariathérapie sans adjuvant spécifique ne suffisent pas pour arrêter cette évolution;

4° Par contre, les Observations citées de femmes impaludées et traitées ensuite par la chimiothérapie prouvent l'amélioration des réactions biologiques chez la mère et chez l'enfant, et l'amélioration également très nette de l'état psychique de la malade.

En conséquence, notre conclusion est la suivante : En présence d'un syphilitique dont les réactions biologiques sont irréductiblement positives dans le liquide céphalo-rachidien, il ne faut pas perdre un temps précieux à continuer un traitement spécifique, mais pratiquer immédiatement l'impaludation, sans attendre l'apparition de signes psychiques et somatiques qui viendraient confirmer le diagnostic de neurosyphilis. Il faut par conséquent instituer le traitement malarique à n'importe quel moment de la grossesse. Si de bons résultats ne sont pas obtenus, pratiquer l'inoculation cérébrale.

Nous avons montré que la quinine, même à doses massives, ne provoquait pas l'avortement. Il est facile d'ailleurs, au cas où des contractions utérines se produiraient, de les faire cesser en faisant prendre de l'opium. De plus, le bleu de méthylène peut fort bien remplacer la quinine.

Nous insistons tout particulièrement sur la nécessité de faire suivre cette malariathérapie d'un traitement spécifique pluri-médicamenteux.

En effet, par leur action, les deux anti-syphilitiques se complètent mutuellement : le chimique stérilise la peau et les muqueuses; l'infectieux va détruire dans les méninges et le tissu nerveux, les spirochètes qui étaient venus s'y réfugier devant l'attaque des arsénobenzols.

Nous terminerons en disant que ce n'est pas seulement dans les établissements spéciaux, mais aussi dans les Cliniques d'Accouchement que la malariathérapie a sa place, car, ainsi que le faisait remarquer en 1902 notre maître le Docteur Vignaud dans sa thèse, « Historique de la Paralyse Générale », « il n'est pas difficile de trouver dans les hôpitaux et dans la pratique civile des cas de Paralyse générale sans délire ».

Vu : *Le Doyen*,
BALHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- LEROY et MEDAKOVITCH. — Paralyse générale et malaria-thérapie. Doin, Paris, 1931.
- LEROY et MEDAKOVITCH. — Femmes enceintes paralytiques générales ou syphilitiques traitées par la malaria. *Annales Méd. Psych.*, janvier 1932.
- LEROY, MEDAKOVITCH et MASQUIN. — Paralyse générale et gravidité. Traitement malarique de la paralyse générale chez une femme enceinte. *Ann. Méd. Psychologiques*, janvier 1931.
- SUSSTRUNCK. — *Zentralbl. für Gynakologie*, 1925, n° XXVI, p. 1436.
- SARBO A. — Sur un cas de syphilis cérébrale chez une femme enceinte traitée par la malariathérapie. *Klinische Wochenschrift*, 1928, n° XXI, p. 992.
- MATTUSCHKA et ROSNER. — Malariathérapie de la syphilis. Springer, Vienne, 1927.
- J. DUBRISAI. — Paralyse générale survenant pendant la grossesse, influence de l'allaitement. *Ann. Médico-Psych.*, 1857, p. 304.
- ANGLADE et JACQUIN. — *Mémoires de la Société de Méd. et de Chirur. de Bordeaux*, 1908, p. 386 et 487.
- H. COLIN et G. ROBIN. — Paralyse générale à invasion foudroyante et puerpéralite. *Ann. Méd. Psych.*, 1923, t. I, p. 463.
- BRUAS. — *Thèse méd.*, Bordeaux, 1902. La grossesse dans les psychoses et en particulier dans la paralyse générale.
- H. INHELDER. — Malaria et gravidité. *Arch. f. Schiffs und Trop. Hyg. Path. und Therap. Exotisch. Krank.*, 1926, vol. XXX, p. 251.

- ADAM M. — Paludisme au cours de la grossesse traité par des doses massives de quinine. *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gynécologie de Paris*, 1924, n° 3.
- SANZ. — *Thèse méd.*, Paris, 1930.
- Von KRAFFT-EBING. — *Traité de Psychiatrie*, 5^e édition (Trad. Emile Laurent), p. 671.
- BALLET (Gilbert). — *Traité de Pathologie mentale*, p. 266.
- COUTTO (Miguel). — *Archiv. für Schiffs und Tropen Hyg. und Therapie exotischer Krankheiten*, vol. XXK, n° 7, pp. 281 à 284.
- DURK. — *Pathologische Anatomie der Malaria Handbuch der ärthchen Erfahrungen im Welttkriege*, 1921, vol. VIII.
- RERTFR. — *Über kombinierte Chinen Methylenblautherapie der Malaria. Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1920, n° 1.
- KAUFFMANN P. — *Methylenblau bei Malaria. D. med. Wochen*, 1919, n° 69.
- POUFFARY. — *Grossesse et malaria. Ann. Méd. Psych.*, mars 1931.
- VIGNAUD. — *Historique de la Paralyse Générale. Thèse Méd.*, Paris, 1902.
- COULODON. — *Contribution au traitement de la Paralyse générale. L'impaludation cérébrale, Thèse méd.*, Paris, 1932.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *L'impaludation des paralytiques généraux; sa technique, sa valeur. Semaine des Hôpitaux de Paris*, 31 octobre 1930, p. 493 à 503.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER.	
<i>Fréquence de la gravidité chez les paralytiques générales.</i>	13
CHAPITRE II.	
<i>Influence de la grossesse sur l'évolution de la Maladie de Bayle</i>	15
CHAPITRE III.	
<i>Insuffisance du traitement spécifique simple pour améliorer l'état clinique et biologique de la mère et préserver l'enfant d'une hérédo-syphilis grave.</i>	23
CHAPITRE IV.	
<i>Cure par la Malaria simple</i>	27
CHAPITRE V.	
<i>Observations de femmes P. G. enceintes, traitées par la Malariathérapie</i>	31
CHAPITRE VI.	
<i>Technique de l'impaludation</i>	47
I. — Choix de la souche.....	47
II. — Conservation du sang	49
III. — Technique d'inoculation	50
IV. — Evolution de la fièvre paludéenne.....	53
CHAPITRE VII.	
<i>Interruption de la malaria</i>	57
I. — Interruption par la quinine.....	57
II. — Interruption par le Bleu de méthylène.....	58
CONCLUSIONS.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	67

